



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

TITOLO DELLA TESI
“ La contenzione fisica: quali alternative?”

Relatore:
Prof. Genovese Andrea

Laureanda:
Niero Giulia
Matricola n° 1046230

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE pag. 1

CAPITOLO I : *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema pag. 3

1.2 – Lo scopo/obiettivi dello studio pag. 4

1.3 – Quesiti di ricerca pag. 4

CAPITOLO II : *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1. – Cos'è la contenzione fisica pag. 5

2.1. – Aspetti normativi e deontologici della contenzione pag. 10

2.1. – L'infermiere e la contenzione pag. 12

CAPITOLO III : *MATERIALI E METODI*

3.1 – Criteri di selezione degli studi pag. 15

3.2 - Strategia di ricerca per individuare gli studi pag. 15

3.3 – Selezione degli studi pag. 16

3.4 – Qualità metodologica degli studi pag. 16

3.4 – Descrizione degli studi inclusi nella revisione pag. 17

3.5 - Descrizione degli studi esclusi nella revisione pag. 17

CAPITOLO IV : *RISULTATI*

4.2 – Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 19

4.2.1 - Quali sono le alternative alla contenzione fisica? pag. 19

4.2.2 - Questi metodi alternativi sono validi, e quindi efficaci, per ridurre il fenomeno della contenzione e/o la durata della loro

applicazione in determinati pazienti? pag. 23

CAPITOLO V : *DISCUSSIONE*

5.1 - Discussione pag. 25

5.2 - Limiti dello studio pag. 26

5.3 - Raccomandazioni pag. 27

CAPITOLO VI : *CONCLUSIONI*

6.1 – Implicazioni per la pratica pag. 29

6.2 - Implicazioni per la ricerca pag. 29

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

PROBLEMA: In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione nelle RSA varia dal 41,7% dell'Emilia-Romagna al 17,5% dell'Abruzzo al 25% del Veneto¹. Secondo gli articoli 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana (1947), un trattamento sanitario deve essere sempre incentrato sul rispetto della dignità e della libertà della persona: la contenzione fisica si configura quale intervento in antitesi a questi principi. Le limitate conoscenze delle alternative alla contenzione fisica evidenziano la necessità di interventi formativi finalizzati alla revisione delle motivazioni che spingono all'utilizzo della contenzione, all'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche per ridurre il ricorso alla contenzione attraverso strategie alternative.

SCOPO: Valutare l'efficacia delle alternative alla contenzione fisica per ridurre l'uso e la durata di utilizzo di quest'ultime.

CAMPIONE: adulti >18 anni di età con diagnosi psichiatriche, disturbi cognitivi, allettati, con comportamenti distruttivi, a rischio di caduta, anziani fragili, e malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere attività quotidiane.

METODI E STRUMENTI: Si è proceduto ricercando articoli che valutassero l'efficacia delle alternative alle restrizioni. La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: MedLine, Scopus, Cochrane Library, CINAHL, EBN Guidelines, Joanna Briggs Institute, Google Scholar.

RISULTATI: Sono stati reperiti 10 studi: 1 studio di tipo osservazionale *cross-sectional* condotto in Italia, 1 studio controllato randomizzato condotto in Germania e 8 revisioni sistematiche. Quest'ultime condotte in: Italia; USA; Gran Bretagna; Nuova Zelanda, Australia e Hong Kong; Canada.

DISCUSSIONE: Da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le alternative alla contenzione fisica si sono dimostrate efficaci, in modo generale, nel ridurre l'uso e/o la durata dei mezzi di contenzione fisica. Esse, inoltre, hanno contribuito a ridurre di conseguenza tutti i danni diretti e indiretti provocati dalle restrizioni. Le alternative alla contenzione fisica porteranno un aumento del benessere e del confort, un benessere fisico e psichico del paziente.

In buona sostanza si può affermare che, per la clinica come per la giurisprudenza, la contenzione di per sé non va esaltata né demonizzata, essendo compresa tra gli atti medici cui è possibile ricorrere se necessario. La condizione da cui non si può prescindere perché tale pratica sia da considerare un atto accettabile si basa sulla corretta prescrizione e valutazione precedente di alternative. È necessario che gli operatori siano consapevoli del carattere di estrema necessità o di urgenza che tale atto assume, e che il ricorrervi presuppone che prima si siano tentati, per il tempo necessario alla risoluzione del problema specifico, trattamenti consoni e più usuali, ma che non abbiano ottenuto l'effetto sperato.

CONCLUSIONE: La qualità metodologica degli studi è limitata. I risultati di questa revisione bibliografica suggeriscono la necessità di condurre futuri studi che valutino direttamente l'efficacia di ogni singolo intervento alternativo rispetto a una tipologia specifica di soggetti. Un ulteriore spunto per le ricerche future potrebbe riguardare un'indagine sui costi che le alternative alle contenzioni portano alle strutture.

Key words: Physical restraints, alternative to physical restraints, nurse, nurses, adverse effects, ethics, utilization, elderly, disorders mental.

Parole chiave: Contenzioni fisiche, alternative alle contenzioni, infermiere, eventi avversi, etica, utilizzazione, anziani, disturbi cognitivi.

INTRODUZIONE

Il contenimento forzato dell'individuo non in grado di autogestirsi, riservato ai disabili fisici e/o psichiatrici e all'anziano nell'assoluta maggioranza dei casi², è una pratica ricorrente nelle istituzioni di ricovero, negli ospedali e nelle famiglie. “ Legare gli anziani ” è l'atto estremo di una successione di eventi che dall'assistenza procede alla sorveglianza, alla custodia totale, all'immobilizzazione fisica, in un continuum in cui è difficile stabilire i limiti della giustificabilità terapeutica, della necessità assistenziale, dell'eticità.

Il disorientamento spazio-temporale, il frequente rischio di caduta, aggressività fisica, riassunto dalla formula “ pericoloso per se e gli altri ”, costituiscono le motivazioni per ricorrere alla contenzione, alla custodia totale.

Le fisionomie del contenimento sono diverse: dall'immobilizzazione parziale o totale (al letto, alla sedia), al confinamento in spazi ristretti (la stanza), alla sedazione farmacologica. Altrettanto varie sono le implicazioni cliniche e psicologiche del contenimento, anche deontologicamente adeguato, e sono il senso di frustrazione e di impotenza, la disattivazione fisica e psichica, la sensazione di subire violenza, la reazione di aggressione o di intolleranza.

Chi opera in un ambiente dove la reale necessità di ricorrere all'immobilizzazione fisica del paziente, spesso ricorre in questa necessità, l'epifenomeno di mancanze di strutture adeguate, di personale preparato e motivato, di cultura della prevenzione³.

L'opportunità dell'uso della contenzione è quindi discutibile in molteplici circostanze, occorre tuttavia sottolineare, che in alcuni casi la contenzione è giustificata e richiesta per favorire un bilanciamento corretto tra indipendenza, libertà del soggetto e sicurezza. La contenzione deve essere prescritta dal medico ma la sua validità deve essere valutata in équipe⁴.

L'operatore sanitario che utilizza mezzi di contenzione deve sempre tenere conto delle implicazioni sul piano della responsabilità dell'operatore stesso. La Costituzione, il Codice penale, il Codice civile e il Codice etico e deontologico infatti tutelano il rispetto e la libertà dell'individuo e puniscono l'abuso e l'uso improprio di tali mezzi⁵.

Come operatori sanitari o comunque soggetti responsabili dell'assistenza delle persone abbiamo la responsabilità etica e professionale di generare scientificamente percorsi di miglioramento volti a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione, anche attraverso l'adozione di misure alternative per raggiungere l'obiettivo, cioè, arrivare a un'assistenza adeguata e al rispetto del malato⁶.

L'obiettivo di questa tesi che si va ora ad elaborare, è quello di offrire una esaustiva rassegna delle conoscenze in merito alle alternative alla contenzione fisica e all'efficacia di esse; si considera

alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica⁷.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

I dati riportati da studi condotti in altri paesi mostrano che per i pazienti ricoverati in ospedale l'utilizzo della contenzione risulta compreso tra il 4% e il 22%⁸⁻¹⁰, ma aumenta fino al 68% quando si considerano anche le spondine per il letto^{9,11} e fino al 100% nei reparti di terapia intensiva¹². In generale, all'interno degli ospedali l'uso della contenzione è più frequente nei reparti di medicina rispetto ai reparti chirurgici e nei reparti di cure intensive rispetto a quelli non intensivi¹³. Per le *nursing homes* (corrispondenti alle nostre Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA) la letteratura evidenzia un intervallo molto ampio, che oscilla fra il 3% e l'83%^{8,14-16} e arriva fino al 98% includendo le spondine, il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle *nursing homes* sia negli ospedali¹⁷⁻¹⁹.

In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione nelle RSA varia dal 41,7% dell'Emilia-Romagna al 17,5% dell'Abruzzo al 25% del Veneto¹.

Secondo gli articoli 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana (1947), un trattamento sanitario deve essere sempre incentrato sul rispetto della dignità e della libertà della persona: la contenzione fisica si configura quale intervento in antitesi a questi principi. Gli infermieri italiani, nel loro Codice deontologico di recente revisione²⁰, si impegnano “affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali” (articolo 30).

Le conoscenze degli infermieri non sono ottimali e la contenzione fisica è finalizzata principalmente alla tutela della salute delle persone anziane e psichiatriche, in particolare alla prevenzione delle cadute; questo nonostante la letteratura sottolinei l'inefficacia della contenzione rispetto alle cadute. Contenere le persone determina nella maggior parte degli infermieri un senso di sicurezza, ma questo è rischioso: se gli infermieri si sentono sicuri, dimenticano le possibili conseguenze negative della contenzione.

Le limitate conoscenze delle alternative alla contenzione fisica evidenziano la necessità di interventi formativi finalizzati alla revisione delle motivazioni che spingono all'utilizzo della contenzione, all'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche per ridurre il ricorso alla contenzione attraverso strategie alternative.

È necessario infine considerare che l'elevata prevalenza della contenzione fisica non è un problema determinato esclusivamente dalle limitate conoscenze e dagli atteggiamenti degli infermieri, ma si tratta di un problema complesso che richiede un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento dei familiari con l'obiettivo di creare un ambiente il più possibile libero da contenzione fisica²¹.

1.2 – Lo scopo/obiettivi dello studio

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di descrivere le varie alternative alla contenzione e valutare l'efficacia di esse. Queste tecniche vengono utilizzate per ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione, visto che, come affermato dalla letteratura, l'uso della contenzione rispetto alle principali motivazioni per le quali è applicata non è efficace.²²⁻²⁵.

1.3 – Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto agli obiettivi posti, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- Quali sono le alternative alla contenzione fisica?
- Questi metodi alternativi sono validi, e quindi efficaci, per ridurre il fenomeno della contenzione e/o la durata della loro applicazione in determinati pazienti?

CAPITOLO II: *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

La contenzione ha origine in psichiatria, dove un tempo era dato per scontato che gli infermi di mente potessero essere contenuti e, non esistendo una norma esplicita, l'utilizzo di mezzi coercitivi appariva lecito. Solo a partire dal Novecento tale pratica è stata messa in discussione e si è cominciato ad indagare sul fenomeno. Nella realtà sanitaria, la contenzione fisica rappresenta ancora oggi un evento possibile e non infrequente in diversi contesti: dal dipartimento di salute mentale, ai reparti ospedalieri e alle residenze sanitarie assistenziali per anziani. Si tratta di una pratica che propone un'immagine contraddittoria dell'intervento sanitario, al limite tra il pretesto terapeutico e la cultura del diritto, tra l'ideale del principio di beneficenza e il controllo del comportamento e dell'autonomia. I mutamenti avvenuti nei modi di sentire e di affrontare il disturbo mentale e l'alterazione grave del comportamento, non hanno determinato, nonostante tutto, il superamento di questa contraddizione e la riduzione significativa di questo fenomeno, di particolare rilevanza sociale e giuridica. La contenzione fisica si pone, inoltre, come problema di *malpractice* sia in campo sanitario, per le conseguenze che da essa ne possono derivare quando non si rispettino determinate procedure nella valutazione diagnostica e nell'esecuzione pratica, sia quando essa esprime una ridotta e carente capacità di affrontare e gestire le possibili tecniche alternative sia sulla scelta dell'intervento terapeutico⁵.

2.1 - Cos'è la contenzione fisica?

La contenzione, in generale, può essere definita come: un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come una restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto. In tale definizione viene sottolineato come la contenzione impedisca al soggetto cosciente di compiere azioni volontarie: impedisce a un soggetto di fare ciò che voleva fare o che stava facendo.

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- Contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti;
- Contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi;
- Contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti;
- Contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato^{4,13}.

Per contenzione fisica o mezzo fisico si intende qualsiasi apparecchiatura, dispositivo o materiale fissato o posto vicino, al corpo e che non può essere controllato o rimosso facilmente dalla persona e che quindi previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona stessa al proprio corpo¹³.

Esistono vari tipi di mezzi di contenzione fisica:

- *Mezzi di contenzione per il letto:*

- a) Meccanismi di contenimento del tronco a letto da distesi. Attuati con fasce di vari materiali e con diversi tipi di chiusure a velcro, a cintura, ecc., che si fissano trasversalmente al letto.
- b) L'uso di letti provvisti di sponde di protezione. Ormai la maggioranza delle strutture dispone di letti " tecnici " attrezzati che vengono forniti dalla casa costruttrice già dotati di sponde a scomparsa assemblate nella stessa struttura del letto e con vari tipi di controllo " protetto " del movimento di salita e discesa delle stesse attraverso binari assemblati nella testiera e nella pediera, questo a tutela dell'ospite e del personale di assistenza. Per i letti con sponde si impone una riflessione a parte. Non è così chiaro se le sponde seppur comprese nei letti, siano da considerarsi supporti terapeutici o contenitivi. La semplice riflessione che ne sia libera la vendita, non può del tutto liberarci dal dubbio. Tuttavia l'uso a fine riabilitativo della sponda alzata da una sola parte, ad esempio per aiutare le prese ed i piccoli trasferimenti a letto del soggetto emiplegico od ingessato, o portatore di disturbo locomotore che ne giustifichi l'utilizzo alla stregua della staffa o triangolo di presa sopra il letto, ne autorizza l'esistenza e il conseguente uso. Forse ancora una volta sono le motivazioni addotte all'uso delle sponde che determinano la differenza tra abuso ed utilizzo corretto. Il ricorso indiscriminato all'utilizzo di sponde alzate bilateralmente per la gran parte degli ospiti di una struttura, ha una valenza poco assistenziale rispetto ad un uso ragionato, molto selezionato e razionale, distinto e motivato per singolo caso.

- *Mezzi di contenzione per la sedia:*

Esiste la classica cinghia pettorale, l'uso di queste è diffuso, le garanzie di stabilizzazione posturale che forniscono tuttavia non sono ottimali. Si presentano frequentemente migrazioni dalla sede di posizionamento (a torace od a cintura), è facile l'autoliberazione, spesso non garantiscono un corretto controllo del tronco. Esistono cinture di varie fogge e di vari modelli. Ottimi sono i bratellaggi o corsetti morbidi di postura con o senza collegamento ad imbraghi o divaricatori inguinali. Tali mezzi danno maggiori garanzie di stabilità del tronco

- *Mezzi di contenzione per segmenti corporei:*

tali mezzi sono rappresentati da polsiere e cavigliere (ne esistono di varie forme e tipi) in genere da collegare a strutture fisse quali il letto, reggibraccia per infusione venosa e vari tipi di splint di postura o da tutori. Sempre più di frequente per raggiungere un corretto allineamento posturale si ricorre a questi tipi di strumenti terapeutici. Per polsiere e cavigliere le motivazioni d'uso sono quasi sempre quelle di contenere azioni che possono interrompere terapie infusionali o somministrazione di liquidi attraverso sonde gastrostomiche o sondini naso gastrici. Per tutori e splint le motivazioni sono di ordine ortopedico o neurologico (evitare anchilosi posizionali o combattere l'evoluzione di spasticità neurologiche evolutive).

- *Sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione:*

il confort posizionale da seduti può rappresentare di per sé un metodo di riduzione dell'uso della contenzione. “ *Se si sta seduti ‘ bene ’ ci si alza meno.* Stare seduti bene è un principio soggettivo oltre che frutto dell'applicazione di cognizioni tecnologiche. Si dovrà capire ed affrontare il problema che ogni anziano, per stare seduto, dovrà avere la propria carrozzina confortevole ed adatta alle proprie condizioni e non una generica carrozzina. Una sedia ben contenitiva dotata ad esempio di un divaricatore e di una maggiore inclinazione tra sedile e schienale potrà inibire anche l'antepulsione del malato o comunque a rendere più problematico il passaggio alla posizione in piedi, attuando di fatto una alternativa alla contenzione. In ogni prescrizione andrà valutato anche l'impatto sui sistemi di controllo posturali del soggetto (schemi corporei statici e dinamici) ad esempio la retropulsione che possa derivare da un'inclinazione protratta dello schienale della sedia. L'uso di un tavolino da applicare alla sedia è talora sufficiente per superare la necessità di contenzione, limita la possibilità di movimento senza avere l'intrinseca “ violenza ” dell'atto contenitivo. Bisognerà riflettere sull'opportunità di fornire tavolini trasparenti che garantiscano al soggetto di poter mantenere l'immagine corporea di sé, cioè di continuare a controllare almeno visivamente la propria individualità nello spazio circostante. Spesso l'irrequietezza posturale di molti dementi, dipende da una cattiva posizione da seduti, anche il controllo laterale del tronco può risultare importante, o la valutazione di un modello di sedile conformato su misura (sedili modulari o cuscini anatomici, o su misura dopo calco). La consulenza del Fisiatra, del Terapista e del Tecnico Ortopedico sarà preziosa per le valutazioni in merito.

Il mezzo di contenzione, quando applicato, dovrà essere facile da applicare, di buon materiale, ben assemblato, essere studiato per garantire il massimo confort dell'utente, garantire una corretta distribuzione delle pressioni dopo essere stato applicato, essere sicuro, avere delle corrette

indicazioni all'uso anche del libretto di istruzioni, dovrà essere facilmente igienizzabile e garantire la miglior stabilità posturale del soggetto^{3,4}.

I soggetti a rischio o comunque con maggior probabilità di essere sottoposti a contenzione fisica sono: pazienti con diagnosi psichiatriche, con disturbi cognitivi, allettati, con comportamenti distruttivi o a rischio di caduta, anziani fragili e i malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere da soli attività di vita quotidiane.

La letteratura evidenzia dati di prevalenza che oscillano tra il 3%¹⁶ e l'83%^{9,14} nelle nursing home, e tra il 4% e il 68% negli ospedali⁸.

Il periodo di contenzione nel setting ospedaliero è generalmente abbastanza lungo²: normalmente, laddove si decide di utilizzarla, la contenzione è applicata per tutta la durata della degenza. In uno studio è stato individuato che il tempo di contenzione varia in un range compreso tra 1 e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni e una mediana di 4,5⁹, in un altro studio, invece, che il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) risulta contenuto per circa 10 ore durante il giorno; nei servizi ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore è maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%)^{2,8,13}.

Come motivazione degli operatori sanitari sull'utilizzo dei mezzi di contenzione sono:

- L'orientamento del soggetto,
- La sicurezza del soggetto,
- Il trattamento dell'agitazione e dell'aggressione,
- La prevenzione del wandering,
- La prevenzione delle cadute.

Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca né aumenti il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati. Sembra quindi che gli anziani cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio⁶. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare nei soggetti che potrebbero muoversi. Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti una caduta. Anche il controllo dell'agitazione mediante l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica non trova riscontro in letteratura: uno studio osservazionale riporta un aumento dell'agitazione nei soggetti contenuti.

Non in ultimo, la protezione di presidi medicali (accessi venosi periferici o centrali, tubo endotracheale, sonde di drenaggio, sonde per alimentazione enterale, catetere vescicale, medicazioni ecc) non è garantita dall'utilizzo di mezzi di contenzione fisica. In letteratura sono documentate rimozioni di tubo endotracheale in soggetti contenuti²⁶. Certamente la contenzione fisica è efficace nel consentire agli operatori di non essere *distolti* dai pazienti durante lo

svolgimento delle loro attività, ma ciò è certamente in antitesi con molti obiettivi di cura e certamente con il rispetto della dignità della persona.

Queste considerazioni, associate alle sequele della contenzione di seguito descritte, rendono ragione della necessità di sviluppare specifiche modalità di assistenza, che non contemplino la contenzione fisica come soluzione facilmente adottabile²⁻⁴.

L'unica ragione che può giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente.

La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

Secondo l'American Psychiatric Association i mezzi di contenzione vanno utilizzati per:

- Evitare un danno imminente ad altri (personale sanitario oppure degenti);
- Evitare un danno imminente al soggetto (qualora altri mezzi di controllo risultino inefficaci);
- Evitare gravi interruzioni al programma terapeutico o danni significativi all'ambiente.⁴

Le conseguenze dell'utilizzo della contenzione fisica sono state ampiamente descritte in letteratura: la loro gravità e ripercussione sulla qualità della vita del soggetto sono tali da scoraggiarne l'uso.

Le lesioni associate a contenzione vengono suddivise in due gruppi:

1. *Danni diretti* causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione) e sono:

- Lesioni nervose: sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotolamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.
- Lesioni ischemiche: dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.
- Asfissia: si è identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. La persona rimane intrappolata nel dispositivo, o viene trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia.
- Morte improvvisa: in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.

- Morte: le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia, questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso questo accade²⁷.

2. *Danni indiretti* che comprende tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione). Tra i danni indiretti nei pazienti ospedalizzati si evidenzia che: è maggiore la durata del ricovero tra i soggetti contenuti rispetto ai non contenuti, aumenta la mortalità intraospedaliera, è maggiore l'istituzionalizzazione dopo la dimissione, aumentano le infezioni acquisite durante il ricovero e le cadute. La contenzione può essere causa indiretta di incontinenza funzionale e di danni da immobilizzazione. Esiste una relazione tra la durata della contenzione e la comparsa di danni indiretti tra i soggetti ospedalizzati: le persone contenute per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e lesioni da pressione. Nelle unità chirurgiche il ricorso alla contenzione fisica in soggetti che hanno subito un intervento chirurgico agli occhi o al cervello può aumentare la pressione intraoculare o intracranica.

Nelle strutture residenziali la contenzione si associa a danni indiretti quali la diminuzione della mobilità, della cognitività e dei contatti sociali. È maggiore lo sviluppo di lesioni da pressione e la comparsa di incontinenza urinaria e fecale. I soggetti contenuti cadono quanto quelli non contenuti e le lesioni più gravi, conseguenti alle cadute, si verificano tra i contenuti. Gli effetti della contenzione continua o discontinua sulle conseguenze relative alle cadute e ha dimostrato che i residenti che sono contenuti continuamente riportano lesioni più gravi.

Oltre ai danni fisici, diretti o indiretti, certamente la contenzione fisica causa sofferenza psicologica: non è difficile affermare che la contenzione fisica, anche nei soggetti con deficit cognitivo, rappresenti un'esperienza negativa. Gli effetti negativi della contenzione non si riflettono solo su chi ad essa è sottoposto, ma coinvolgono anche gli altri pazienti per il suo effetto moltiplicatore di rassegnazione disperante e di impotenza appresa, oltre a favorire negli operatori un atteggiamento di acritica indifferenza che può portare ad atteggiamenti di palese rigetto degli interventi assistenziali^{2,28,29}.

2.1.2 – Aspetti normativi e deontologici della contenzione

Il principale riferimento di legge *specifico* sulla contenzione rimane l'art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: “Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione (...)”.

Tuttavia, riferimenti giuridici di portata più generale, e riguardanti l'insieme dei trattamenti sanitari, sono contenuti nell'articolo 32 della Costituzione, che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. *Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*".

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Il *Codice Penale*, infatti, prevede situazioni nelle quali la contenzione è giustificata (art. 51 c.p., 'Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere'; art. 54 c.p., 'Stato di necessità') o è dovuta, (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo'; art. 590 c.p., 'Lesioni personali colpose'; art. 591 c.p., 'Abbandono di persone minori o incapaci').

Qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di *sequestro di persona* (art. 605 c.p.), *violenza privata* (art. 610) e *maltrattamenti* (art. 572).

Qualora, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche...), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato, per *responsabilità colposa* (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo' e 590 c.p., 'Lesioni personali colpose') o per *violazione dell'art. 586 c.p.* ('Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto')^{30,31}.

In Italia non esiste una normativa che tuteli le persone contenute ma neanche una normativa che regoli i mezzi di contenzione. Inoltre, in ambito legislativo, non esiste normativa che tuteli gli anziani in modo specifico e non esiste neanche una normativa speciale che regoli l'utilizzo dei mezzi di contenzione. Ecco perché si fa riferimento alla legislazione in materia sugli infermi di mente.

In ambito professionale, si possono ritrovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative alla contenzione, a cominciare da quanto previsto dal nuovo *Codice deontologico degli infermieri*, promulgato nel maggio 1999. Nell'art. 1, l'infermiere "è operatore sanitario che...è responsabile dell'assistenza e che è sua responsabilità "curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo". L'art. 4.10: "L'infermiere si adopera

affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”²⁰.

2.1.3 – L’infermiere e la contenzione

L’indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente terapeutico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali. La decisione della scelta di prescrivere la contenzione fisica deve derivare da un processo decisionale che abbia già considerato la ricerca di altre soluzioni possibili e l’esito negativo che tali soluzioni producono sul comportamento del paziente.

La prescrizione è competenza del medico. In assenza del medico e in caso di situazioni di emergenza l’infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando sul diario infermieristico la motivazione e le modalità di effettuazione; questa decisione verrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

Il primo atto che si richiede al medico per la prescrizione della contenzione è l’acquisizione del consenso. Il paziente, o chi lo rappresenta legalmente, deve essere coinvolto nel processo decisionale, spiegando in modo chiaro e comprensibile i rischi ed i benefici della contenzione.

Spesso il soggetto non è in grado di esprimere validamente il proprio consenso, trovandosi in condizioni di difficoltà nell’intendere e volere, in questo caso il coinvolgimento del legale rappresentante non dispensa il sanitario dal ricercare, in qualche modo, un’espressione di volontà del paziente, fermo restando che si deve comunque fare in modo che il soggetto non percepisca la contenzione come un atto punitivo ma solo come un ausilio al trattamento sanitario. I familiari di soggetti sottoposti a contenzione spesso vivono l’esperienza in modo estremamente negativo ed una corretta comunicazione può mitigarne la rabbia emergente ed il disagio, soprattutto se è illustrato il ricorso alla contenzione come ultima alternativa, in caso di rischio potenziale di suicidio, violenza o per l’esecuzione di un trattamento salvavita.⁵

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- Motivazione
- Tipo di contenzione
- Durata: l’ordine deve essere limitato nel tempo. Se durante tale periodo il paziente modifica il proprio comportamento la contenzione deve essere rimossa. La prescrizione deve essere effettuata a seguito di un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato. La durata massima della contenzione deve essere prevista per non più di 12 ore.

Una successiva prescrizione medica dell'intervento contenitivo sarà necessario nei seguenti casi:

- Modifiche nel comportamento del paziente
- Ogni 24 ore

In seguito alla prescrizione medica, può essere applicato al paziente l'intervento contenitivo. L'attuazione dell'intervento contenitivo deve essere registrato in cartella infermieristica. Il paziente (o chi lo rappresenta) e i familiari/caregiver devono essere coinvolti nel processo decisionale. A tal fine è indispensabile che il medico e/o l'infermiere illustrino loro le modalità di somministrazione e di monitoraggio.

Il paziente contenuto deve essere osservato, dal personale infermieristico, ogni mezz'ora ed il controllo non deve limitarsi alla sorveglianza superficiale, ma deve comprendere il monitoraggio delle condizioni cliniche, il rilevamento dei parametri vitali, dell'orientamento spazio-temporale, del corretto posizionamento dei presidi contenitivi, della motilità e della sensibilità delle estremità legate. Ogni controllo va riportato nella documentazione infermieristica. Il paziente deve essere rilasciato dalla contenzione almeno ogni due ore, per circa 10 minuti, necessari per prevenire i danni da immobilizzazione. Durante questo periodo il paziente deve essere attentamente osservato, ed il tempo di rimozione dei mezzi contenitivi va documentato.

Qualora durante il monitoraggio si rilevi la presenza di effetti dannosi causati dalla contenzione, è indispensabile che la contenzione venga interrotta e che venga contattato il medico.

Durante il periodo della contenzione è fondamentale che sia perseguito sia il comfort che la sicurezza del paziente.

È responsabilità dell'equipe infermieristica rimuovere la contenzione al termine della durata prescritta. I mezzi contenitivi devono essere rimossi e adeguatamente sanificati. È necessario che sia registrata in cartella infermieristica la rimozione della contenzione. Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento contenitivo, è indispensabile che venga avvisato il medico, il quale, dopo valutazione del paziente, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un intervento contenitivo.

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 – Criteri di selezione degli studi

Disegno di studio: sono state poste restrizioni nella ricerca: la lingua (inglese e italiano), l'età (adulti > 18 anni). Sono stati definiti eleggibili tutti gli studi (**ALLEGATO 1 - Studi inclusi nella revisione**) che trattassero delle alternative alle contenzioni, in qualsiasi struttura protetta (Case di riposo, ospedali,...). Sono stati inclusi anche studi che trattassero solo parzialmente l'argomento analizzato.

Tipologia dei partecipanti: adulti >18 anni di età con diagnosi psichiatriche, disturbi cognitivi, allestati, con comportamenti distruttivi, a rischio di caduta, anziani fragili, e malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere attività quotidiane.

Tipologia di intervento: metodi alternativi alla contenzione fisica.

Tipi di outcomes misurati: i criteri che sono stati presi in esame per valutare l'efficacia delle alternative alla contenzione fisica:

1. le alternative adottate alla contenzione fisica
2. se sono efficaci per ridurre il fenomeno della contenzione e/o la durata della loro applicazione in determinati pazienti

3.2 - Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: MedLine, Scopus, Cochrane Library, CINAHL, EBN Guidelines, Joanna Bringsgs Institute, Google Scholar.

Le ricerche si sono svolte attraverso sia l'uso di stringhe di ricerca, Mesh Terms, sia l'uso di parole libere.

Le parole libere utilizzate nella ricerca di articoli riguardanti le alternative alla contenzione fisica sono: *alternatives to physical restraint, alternative use of physical restraint.*

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state le seguenti:

1. (("Restraint, Physical/adverse effects"[Mesh] OR "Restraint, Physical/ethics"[Mesh] OR "Restraint, Physical/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Restraint, Physical/methods"[Mesh] OR "Restraint, Physical/nursing"[Mesh] OR "Restraint, Physical/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Restraint, Physical/therapeutic use"[Mesh] OR "Restraint, Physical/utilization"[Mesh])) AND "Treatment Outcome"[Mesh]

2. (("Restraint, Physical/adverse effects"[Mesh] OR "Restraint, Physical/ethics"[Mesh] OR "Restraint, Physical/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Restraint, Physical/methods"[Mesh] OR "Restraint, Physical/nursing"[Mesh] OR "Restraint, Physical/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Restraint, Physical/therapeutic use"[Mesh] OR "Restraint, Physical/utilization"[Mesh])) AND "Mental Disorders"[Mesh]
3. (("Restraint, Physical/adverse effects"[Mesh] OR "Restraint, Physical/ethics"[Mesh] OR "Restraint, Physical/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Restraint, Physical/methods"[Mesh] OR "Restraint, Physical/nursing"[Mesh] OR "Restraint, Physical/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Restraint, Physical/therapeutic use"[Mesh] OR "Restraint, Physical/utilization"[Mesh])) AND "Cognition Disorders"[Mesh]
4. (("Restraint, Physical/adverse effects"[Mesh] OR "Restraint, Physical/ethics"[Mesh] OR "Restraint, Physical/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Restraint, Physical/methods"[Mesh] OR "Restraint, Physical/nursing"[Mesh] OR "Restraint, Physical/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Restraint, Physical/therapeutic use"[Mesh] OR "Restraint, Physical/utilization"[Mesh])) AND "Frail Elderly" [Mesh]

3.3 – Selezione degli studi

In questo lavoro di revisione bibliografica si è deciso di valutare l'efficacia dei metodi alternativi alla contenzione. L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente in quanto gli articoli trovati valutavano in maniera generale l'efficacia e non in maniera approfondita e specifica per ogni tipo di metodo alternativo. La maggior parte di questi articoli, descrivevano l'argomento principe di questa revisione, marginalmente. Non è stato rispettato il vincolo di tempo indicato dalla letteratura che prevede il reperimento di articoli pubblicati entro i 5 anni precedenti la revisione. Non è stato possibile a causa della limitata letteratura trovata. Negli studi inclusi si trovano tutte le risposte ai quesiti posti per questa revisione bibliografica. Sono stati esclusi dalla revisione gli articoli in lingua francese, gli articoli che comprendevano come ambiente, un ambiente non protetto e gli articoli che analizzavano una popolazione con età < di 18 anni. La maggior parte degli studi inclusi sono in lingua italiana.

Per la revisione bibliografica oggetto di questa tesi sono stati vagliati tutti gli articoli in modalità full-text, i quali meglio rispondevano al quesito di ricerca preposto.

3.4 – Qualità metodologica degli studi

La debolezza degli studi include principalmente il fatto che esistono pochi lavori che valutano solamente l'efficacia delle alternative alle contenzioni.

Superando quest'ostacolo si è deciso di cercare articoli che trattassero dei metodi alternativi alle contenzioni in modo limitato, che quindi trattassero il tema delle contenzioni e in piccola parte delle alternative ad esse.

Negli studi selezionati vi è una difformità nella tipologia di studio e nella tipologia di popolazione. Sono stati reperiti 10 studi: 1 studio di tipo osservazionale *cross-sectional*, 1 studio controllato randomizzato e 8 revisioni sistematiche. Gli studi che hanno maggiormente influito nello sviluppo di questa revisione bibliografica sono state le revisione di letteratura (Review), le quali hanno saputo meglio rispondere ai quesiti posti. Alcuni studi, parlando di tipologia di popolazione, trattano di pazienti con patologie psichiatriche , altri trattano pazienti anziani.

Anche l'età del campione è molto varia perché in quasi tutti gli studi venivano considerati tutti i soggetti adulti maggiorenni (>18 anni) senza altra limitazione d'età.

3.5 – Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi reperiti ed inclusi in questo lavoro di revisione bibliografica sono stati esaminati utilizzando una tabella di analisi valutativa. (**ALLEGATO 1 - Studi inclusi nella revisione**)

I dati raccolti includevano autore, anno di pubblicazione, il paese in cui lo studio si è svolto, la banca dati in cui lo studio è stato trovato, la tipologia di studio, la rivista in cui alcuni articoli sono stati inseriti, la numerosità del campione, la sintesi dei risultati emersi.

3.6 Descrizione degli studi esclusi nella revisione

Sono stati esclusi dalla revisione studi che non corrispondevano ai criteri di inclusione previsti, ovvero studi che valutassero l'efficacia dei mezzi alternativi alla contenzione. Sono stati esclusi tutti gli articoli che non rispondevano ai quesiti posti in questa revisione, articoli che includevano come ambiente un ambiente non protetto e articoli che avevano come popolazione analizzata bambini o comunque persona con età < di 18 anni.

CAPITOLO IV: *RISULTATI*

4.2 – Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

4.2.1 - *Quali sono le alternative alla contenzione fisica?*

Si considera alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica ⁷. La contenzione fisica, come già descritto nei capitoli precedenti, deve essere usata come fine ultimo, straordinario, dopo aver tentato qualsiasi tipo di misura alternativa. Uno studio afferma: il numero medio di alternative alle restrizioni che gli infermieri potrebbero identificare sono di 1.6 per il personale ospedaliero e 2.2 per lo staff che lavora nelle case di cura ²⁸.

La letteratura fornisce un elenco di metodi alternativi alla contenzione divisi per sede di intervento. (Tabella I) ³²

Tabella I: metodi alternativi alla contenzione fisica

| <i>Sede di intervento</i> | <i>Tipo di intervento</i> |
|---------------------------|--|
| Ambiente | <ul style="list-style-type: none">• migliorare l'illuminazione• posizionare gli interruttori delle luci in punti facilmente raggiungibili• predisporre un sistema antisdrucchiolo sul pavimento• posizionare i mobili in modo tale che non siano di intralcio• facilitare l'uscita in aree esterne sicure• chiudere a chiave le porte d'uscita• bloccare le porte con delle fasce di tessuto fissate con del velcro• predisporre delle zone di attività alla fine dei corridoi• modificare l'arredamento in modo da favorire la luminosità dei locali |
| Letto | <ul style="list-style-type: none">• utilizzare materassi concavi• delimitare i bordi del letto per esempio arrotolando una coperta sotto le lenzuola• preferire il materasso ad acqua• usare i cuscini per aiutare a mantenere la postura• mettere sul pavimento vicino al letto dei tappeti morbidi dei materassini per evitare le cadute• far dormire direttamente sul materasso posto a terra i soggetti a rischio di caduta• regolare l'altezza del letto in rapporto al paziente• evitare di tirare su le sponde del letto• togliere le ruote dal letto• tenere sempre una sedia o un tavolino vicino al letto• predisporre il trapezio ai letti per favorire la mobilità dei pazienti• illuminare il campanello di chiamata per incoraggiarne l'uso |
| Sedie | <ul style="list-style-type: none">• usare sedie con seduta profonda• preferire le sedie a dondolo, reclinabili o con schienali alti• mettere sul pavimento grandi cuscini• togliere le ruote ai letti• usare i cuscini sulla sedia per migliorare la postura e ridurre il rischio di caduta per i soggetti con movimenti a scatto• incastrare più cuscini e utilizzare anche quelli con buco al centro per far stare |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | comodi i pazienti seduti |
| Attività quotidiane | <ul style="list-style-type: none"> • realizzare un programma di riabilitazione per insegnare ai residenti delle case di riposo a spostarsi in sicurezza • far partecipare i residenti a un programma di deambulazione • inserire nel programma di assistenza quotidiana un programma di esercizi fisici • organizzare attività notturne per i soggetti che vagano di notte • organizzare attività di gruppo e individuali di tipo ricreativo e sociali • permettere di dar sfogo a comportamenti ansiosi • organizzare le attività quotidiane • consentire di girare per i corridoi |
| Bagno | <ul style="list-style-type: none"> • dare assistenza ai pazienti quando sono in bagno • pulire la persona appena si sporca • indicare il bagno in modo chiaro anche con disegni • tenere una comoda vicino al letto |
| Assistenza infermieristica | <ul style="list-style-type: none"> • aumentare l'assistenza • valutare e controllare le situazioni che possono cambiare il comportamento • organizzare la giornata con attività • il personale sanitario deve conoscere le necessità personali dell'assistito • posizionare il campanello per la chiamata in modo che sia comodo • sistemare i pazienti a rischio vicino alla guardiola degli infermieri • modificare le terapie più fastidiose, per esempio iniziare l'alimentazione per bocca invece della terapia infusione nasogastrica e rimuovere cateteri e drenaggi appena possibile • preferire le terapie personalizzate • favorire il riposo diurno • non far trascorrere troppo tempo a letto, limitarlo solo al riposo |
| Attività psicosociali | <ul style="list-style-type: none"> • non lasciare gli anziani soli, farli stare in compagnia • incrementare le visite • incoraggiare le interazioni tra personale sanitario e anziani residenti in casa di riposo • sottoporre i pazienti a massaggi e a tecniche di rilassamento • aiutare i soggetti a orientarsi • usare musiche dolci di sottofondo per i soggetti che soffrono di insonnia • diminuire il rumore ambientale |
| Attività fisiologiche | <ul style="list-style-type: none"> • curare le infezioni • pianificare la somministrazione degli analgesici per diminuire il dolore e per migliorare l'insonnia • controllare i farmaci • allontanare tutte le cause fisiologiche di disturbo cognitivo |
| Dispositivi di allarme | <ul style="list-style-type: none"> • posizionare vicino al letto, alla sedia e sul polso dispositivi di allarme per soggetti con disturbi cognitivi • predisporre i dispositivi di allarme per poter gestire i soggetti che vagano • posizionare i dispositivi di allarme sulle porte di uscita |

Inoltre, sempre la letteratura, divide i metodi alternativi alla contenzione per specifici gruppi di pazienti ^{2,3,33}:

➤ PERSONE CON DEFICIT COGNITIVO

Numerose strategie alternative all'utilizzo dei mezzi di contenzione sono state proposte in letteratura per i soggetti con deficit cognitivo e disturbi del comportamento:

- attività distraenti come radio, televisione, attività ludiche, piccoli lavori domestici;

- strategie per richiamare le informazioni nei soggetti disorientati, ad es. orologio, calendario, lavagna con indicato il giorno, la data, il luogo, il nome dei componenti dell'équipe, scomposizione delle procedure;
- orientamento alla realt, coinvolgendo nelle conversazioni i soggetti confusi e disorientati.

Alcuni studi suggeriscono l'utilizzo di dispositivi che aumentino la sicurezza ambientale o segnalino tempestivamente una situazione di rischio per il paziente. In particolare:

- allarmi al letto o alla sedia;
- l'avvicinare i pazienti pi confusi alla stanza dove sosta il personale;
- allarmi per porte e spazi dove non  possibile controllare direttamente i pazienti.

Altri studi richiamano la necessit di disporre di immagini per indicare alcuni locali (bagno, cucina) o alcune funzioni (suonare il campanello per chiamare il personale).

Nei setting residenziali  dimostrato che nei pazienti con demenza, che presentano importanti disturbi del comportamento, si ottiene una significativa riduzione della gravit e della frequenza delle manifestazioni comportamentali (e di conseguenza diminuisce il ricorso alla contenzione fisica) accogliendo questi soggetti in spazi appositamente strutturati, dove opera personale medico, infermieristico e socio assistenziale selezionato ed opportunamente formato. In particolare questi setting si caratterizzano per il numero ridotto di ospiti (massimo 20) e un aumentato numero di operatori, tale da fornire per ciascun ospite 2.5 ore/die di assistenza infermieristica, 2.1 ore/die di attivit occupazionali o riabilitative ed una visita medica geriatrica quotidiana. L'organizzazione del lavoro  orientata a fornire piani di assistenza individualizzati. L'ambiente fisico  strutturato tenendo conto di tutti quegli elementi che possono contribuire a ridurre i deficit mnesici, fisici e comportamentali: gli stimoli rumorosi sono ridotti e i colori alle pareti tenui, mentre degli ausili visivi sono utilizzati per facilitare l'orientamento. Nei setting per acuti sono stati sperimentati modelli di cura e assistenza finalizzati a ridurre il discomfort, la perdita di abilit funzionali, la durata della degenza nei soggetti anziani confusi e/o affetti da deficit cognitivi ospedalizzati per un evento medico o chirurgico.

➤ PERSONE CHE MANIFESTANO WANDERING

Una tra le ragioni pi comuni per l'attivazione di contenzione in un soggetto con deficit cognitivo  rappresentata dall'incessante pulsione a deambulare che, non di rado, spinge il soggetto a tentare la fuga. Obiettivo comune a tutti gli interventi messi in atto per ridurre la contenzione in questi soggetti  poter disporre di spazi sicuri dove lasciarli liberamente deambulare. Tra gli interventi suggeriti dalla letteratura, alcuni fanno riferimento alla necessit di dotare queste aree di semplici o sofisticati interventi di controllo:

- mascheramento di porte o vie di fuga con tende;
- dispositivi di allarme o telecamere per porte e vie di fuga;

- percorso circolare con possibilità di percorso protetto esterno;
- dispositivo elettronico applicato al paziente che segnala ad una centrale l'ingresso del paziente in aree non consentite o l'uscita dalla struttura.

Altri studi propongono di educare tutto il personale della struttura, sanitario e non, ad un controllo attivo di quei pazienti che vagano rischiando di perdersi o di allontanarsi:

- tutti i soggetti che all'ingresso sono confusi e manifestano wandering devono essere segnalati (foto, nome e cognome) al personale di portineria o sorveglianza;
- un operatore (o un volontario) per turno ha il compito di sorvegliare uno o due residenti con wandering;
- per i soggetti che deambulano anche durante la notte, spesso recando disturbo agli altri degenti, è consigliato proporre attività distraenti.

➤ PERSONE CHE MANIFESTANO COMPORTAMENTI AGITATI E VIOLENTI

Pochi metodi sono riportati in letteratura per ridurre la necessità di contenere i soggetti agitati o violenti:

- utilizzo di una sedia a dondolo o basculante;
- ascolto di melodie rilassanti;
- attività diversive come la visione di un film, l'ascolto di musica o una passeggiata.

➤ PERSONE A RISCHIO DI CADUTA

La revisione della Cochrane³⁴ individua come efficaci nel prevenire le cadute una serie di interventi tra i quali gli esercizi di rafforzamento muscolare e di stabilizzazione dell'equilibrio, il Tai Chi, l'accorto utilizzo degli psicofarmaci e la correzione delle aritmie cardiache. Gli autori concludono che se oggi sono disponibili interventi per prevenire le cadute, ancora non si conosce la loro efficacia nel ridurre la gravità delle lesioni in caso di caduta accidentale.

Alcuni autori suggeriscono di affrontare il problema distinguendo due sottogruppi di pazienti fra coloro che sono a rischio di caduta:

- a) persone con attività motoria conservata, per i quali il piano di cura e di assistenza deve prevedere soluzioni altamente personalizzate, fra le quali, ad esempio, l'adozione di letti ad altezza regolabile e, con prudenza per le valutazioni di efficacia ad oggi contraddittorie, di proteggi anche (hip protector);
- b) persone con attività motoria limitata che necessitano prevalentemente di ancoraggio e supporto ortesico per mantenere una corretta postura. Il programma alternativo alla contenzione per questi pazienti prevede un programma riabilitativo e l'uso intelligente del mezzo di contenzione, che in questo caso diviene un supporto ortesico, pertanto privo di quelle accezioni negative proprie della contenzione^{2,3,33}.

Come evidenziato, in due revisioni della letteratura ^{32,33} vengono elencati in una tabella, raggruppati per sede di intervento, i metodi alternativi alle restrizioni. In tre review ^{2,4,32}, invece, vengono elencati i metodi alternativi alle contenzioni ma divisi, in maniera più specifica, per tipologia di paziente. Le tipologie di pazienti analizzati, sono quei gruppi di soggetti in cui il medico e l'infermiere somministrano una restrizione molto spesso. I gruppi di pazienti sono vari: soggetti con disturbi cognitivi, soggetti a rischio di caduta, soggetti che vagano, soggetti che manomettono i dispositivi medici, soggetti violenti o agitati, soggetti con disturbi motori. Per ogni gruppo di soggetti vi sono interventi alternativi diversi e adeguati per il gruppo.

4.2.2 - Questi metodi alternativi sono validi, e quindi efficaci, per ridurre il fenomeno della contenzione e/o la durata della loro applicazione in determinati pazienti?

I metodi alternativi alla contenzione, rispetto a 2 studi recenti^{6,35} e una revisione di letteratura³⁶, anch'essa recente, vengono considerati efficaci in quanto riducono la durata e/o l'uso dei mezzi di contenzione. Nello studio di indagine multicentrica di prevalenza di Zanetti et al.⁶ viene riportata questa affermazione che esprime in maniera chiara il concetto di efficacia di questi interventi alternativi, riportato in tutti e due gli studi e nella revisione di letteratura: "...mostra un dato di fatto da cui partire per introdurre percorsi di miglioramento volti a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione, anche attraverso l'adozione di misure alternative di efficacia provata per raggiungere gli obiettivi per i quali, e con molte incertezze, ancora oggi si utilizza la contenzione...".

Questi studi e revisioni valutano l'efficacia in generale. Nessuno, infatti, analizza singolarmente ogni tipo di metodo alternativo e lo confronta con altri in modo da evidenziare quale tra tutti è il più efficace e perché.

CAPITOLO V: *DISCUSSIONE*

5.1 – *Discussione*

I lavori inseriti in questa revisione bibliografica, seppure nella loro parzialità, legata ai limiti metodologici degli studi stessi, portano a supportare l'efficacia delle alternative ai mezzi di contenzione.

La contenzione fisica viene utilizzata dagli operatori sanitari, medici e infermieri, per risolvere situazioni giustificate con varie motivazioni (prevenire le cadute, controllo dell'agitazione, proteggere i presidi medicali..), motivazioni che sono in antitesi con la restrizione applicata. In letteratura viene dimostrato che per queste motivazioni è inefficace la contenzione in quanto non prevengono le cadute, anzi alcuni affermano che la contenzione è essa stessa un fattore di rischio di cadute; non controllano l'agitazione, anzi l'aumenta perché il paziente si sente costretto e limitato nel movimento; non proteggono i presidi medicali, sono riportate in letteratura rimozioni di tubo endotracheale in soggetti contenuti².

La contenzione a prescindere dalle varie motivazioni che vengono riportate in cartella medica ed infermieristica, è un mezzo molto utilizzato in ospedale con una percentuale tra il 4% e il 68% in tutti i reparti tranne in terapia intensiva che si arriva al 100%, nelle nursing homes con una percentuale che oscilla fra il 3% al 98 %⁶.

Da questi dati si può capire che il mezzo di contenzione non viene usato come fine ultimo, ma viene usato come soluzione in molte situazioni tralasciando tutte le varie alternative che si possono usare per ridurre l'utilizzo di questi mezzi, questo nasce anche dal fatto che vi è tra gli operatori sanitari una limitata conoscenza sulle alternative alla contenzione fisica.

In ambito professionale, si possono ritrovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative alla contenzione, a cominciare da quanto previsto dal nuovo *Codice deontologico degli infermieri*, promulgato nel maggio 2009. L'art. 30 recita, infatti: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali."

La limitata conoscenza degli operatori sanitari rispetto alle alternative, è stata analizzata in uno studio pubblicato su " Società Italiana di Gerontologia e Geriatria " ²¹ nel quale si evince che su 153 infermieri l'82,35% conosce le alternative alla contenzione. Il numero di alternative riportate, però, sono molto scarse rispetto al numero di alternative che la letteratura offre.

Lo scopo, per il quale queste alternative devono essere utilizzate, viene riportato, anche se non sempre in maniera esplicita, in molti studi e articoli presenti in letteratura. In questa revisione bibliografica lo riportano 3 articoli^{2,6,32}. Lo scopo delle alternative alla contenzione fisica è quello di ridurre l'utilizzo e/o la durata del mezzo contenitivo applicato ai pazienti.

Ridurre l'uso e la durata della contenzione è molto importante perché queste metodiche portano a molti danni, diretti e indiretti. La letteratura solleva molto spesso questo problema analizzando ogni danno diretto e indiretto e gli effetti negativi che può provocare al paziente, effetti emotivi, psicologici e fisici.

Le alternative alla contenzione fisica sono varie e riportate in due articoli inclusi, l'articolo pubblicato nella rivista "Best Practice" e l'articolo di E. Zanetti et al. Il primo articolo presenta: una tabella che divide ogni tipo di intervento alternativo per sede, e una tabella che divide, invece, ogni tipo di intervento alternativo per gruppi di pazienti. Quest'ultima divisione viene descritta anche nel secondo articolo. Per gruppi di pazienti s'intende quei gruppi dove fanno parte pazienti con stesse problematiche psicologiche o funzionali. Queste persone con problematiche precise (pazienti agitati, a rischio di caduta, che vagano, violenti, con disturbi cognitivi o motori) sono i soggetti più a rischio di contenzione e quindi soggetti ai quali dovrebbero essere prescritti metodi alternativi alla contenzione in modo da ridurre l'uso e la durata e quindi evitare danni diretti o indiretti.

Secondo la Review di C.Frank ²⁸, il numero medio di alternative alle restrizioni che gli infermieri potrebbero identificare è di 1.6 per il personale ospedaliero e 2.2 per il personale che lavora in case di cura.

L'aspetto più importante però da valutare è se questi metodi alternativi alle restrizioni sono efficaci o meno per ridurre l'uso delle contenzioni fisiche e quindi evitare tutte le conseguenze negative che possono provocare ai pazienti. Lo studio di indagine multicentrica di prevalenza di E. Zanetti et al. specifica che questi metodi sono di efficacia provata. A sostenere questo aspetto, anche una Review ² e uno studio randomizzato controllato ³⁵. Anche in questi ultimi, si evince che per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione o la durata di essi è necessario l' utilizzo di metodi alternativi; si può utilizzare il mezzo di contenzione solo quando il personale ha valutato molto attentamente tutte le varie alternative e queste sono state inefficaci per quel tipo di situazione o problematica.

L'efficacia di questi mezzi alternativi, in questi studi, non è specifica e approfondita ma è generale.

5.2 - Limiti dello studio

I limiti di questa Revisione della Letteratura sono, purtroppo, numerosi. I lavori reperiti non hanno, in primis, uniformità di obiettivi. Per questo le conclusioni a cui si è giunti con questo lavoro non possono essere generalizzabili, ma sono frutto di una "estrapolazione" dei dati da contesti diversi. Si tratta di lavori metodologicamente diversi, vi sono 1 studio di tipo osservazionale *cross-sectional*, 1 studio controllato randomizzato e 8 revisioni sistematiche. Tutto ciò rende la qualità metodologica degli studi, scarsa e limitata.

5.3 – Raccomandazioni

I risultati di questa revisione bibliografica suggeriscono la necessità di futuri studi che valutino l'efficacia di ogni specifico metodo alternativo. Inoltre, le limitate conoscenze delle alternative alle restrizioni, evidenziano un uso più frequente dei mezzi di contenzione, senza valutare prima metodi alternativi. Si raccomanda, quindi, la necessità di interventi formativi che illustrano e spieghino il valore dei metodi alternativi agli operatori sanitari, in modo da diminuire l'uso della contenzione.

CAPITOLO VI: CONCLUSIONI

6.1 – Implicazioni per la pratica

Da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le alternative alla contenzione fisica si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'uso e/o la durata dei mezzi di contenzione fisica. Esse, inoltre, hanno contribuito a ridurre di conseguenza tutti i danni diretti e indiretti provocati dalle restrizioni. Le alternative alla contenzione fisica porteranno un aumento del benessere e del confort, un benessere fisico e psichico del paziente.

In buona sostanza si può affermare che, per la clinica come per la giurisprudenza, la contenzione di per sé non va esaltata né demonizzata, essendo compresa tra gli atti medici cui è possibile ricorrere se necessario. La condizione da cui non si può prescindere perché tale pratica sia da considerare un atto accettabile si basa sulla corretta prescrizione e valutazione precedente di alternative. È necessario che gli operatori siano consapevoli del carattere di estrema necessità o di urgenza che tale atto assume, e che il ricorrervi presuppone che prima si siano tentati, per il tempo necessario alla risoluzione del problema specifico, trattamenti consoni e più usuali, ma che non abbiano ottenuto l'effetto sperato.

Pertanto, a conclusione della revisione, va sottolineata l'importanza di prevedere, fin dalla formazione di base, percorsi formativi che rendano i professionisti sanitari consapevoli dei vari metodi alternativi alla contenzione e gli effetti positivi che possono portare al paziente e all'organizzazione. Ciò comporta una revisione dell'organizzazione del lavoro per rendere possibile una valutazione iniziale più curata, un'applicazione e un monitoraggio più specifico.

6.2 - Implicazioni per la ricerca

La qualità metodologica degli studi è limitata, studi metodologicamente rigorosi rimangono scarsi. I lavori reperiti sono molto generici. I risultati di questa revisione bibliografica suggeriscono la necessità di condurre futuri studi che valutino direttamente l'efficacia di ogni singolo intervento alternativo rispetto a una tipologia specifica di soggetti.

Un ulteriore spunto per le ricerche future potrebbe riguardare un'indagine sui costi che le alternative alle contenzioni portano alle strutture.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Costantini S. L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani. . 1996.
2. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione: Si può fare. *I quaderni dell'infermiere*. Luglio 2009(25/07/2015).
3. Cester A, Gumirato G. *I percorsi della contenzione: Dal caos al metodo*. Vega; 1997.
4. Scarpa N. La contenzione fisica. In: *Quesiti clinico - assistenziali*. Milano: Zadig; 2012.
5. Casciarri G. PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI : LA CONTENZIONE DEL PAZIENTE. *Professione Infermiere Umbria*. 2007;3:13 - 20.
6. Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, et al. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza. .
7. Michael C, Rhonda N, Leon F, Andrew R, Sue K. Contenzione fisica: Riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali. *Best Practice*. 2002(04/08/2015).
8. De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T, European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of european hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(9):M922-3.
9. Irving K. Inappropriate restraint practices in australian teaching hospitals. . 2004.
10. Minnick AF, Mion LC, Leipzig R, Lamb K, Palmer RM. Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting. *J Nurs Adm*. 1998;28(11):19-24.

11. Gallinagh R, Slevin E, McCormack B. Side rails as physical restraints in the care of older people: A management issue. *J Nurs Manag.* 2002;10(5):299-306.
12. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2010;26(5):241-245.
13. M. Mongardi, E. Bassi, R. De Palma, A. Peghetti, M. Seligardi, E. Di Ruscio. Osservatorio regionale sui nursing sensitive outcomes. *Servizio Presidi Ospedalieri – DGSPS, Regione Emilia Romagna.* 2014.
14. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(10):1110-1118.
15. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman P. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(12):1722-1728.
16. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing.* 1997;26 Suppl 2:43-47.
17. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs.* 2004;45(3):246-251.
18. Hantikainen V. Physical restraint: A descriptive study in swiss nursing homes. *Nurs Ethics.* 1998;5(4):330-346.
19. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2009;18(7):981-990.
20. Ipasvi FNC. Codice deontologico dell'infermiere. *Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deonto>.* 2009.

21. Carla P, Stefania Z, Lilla F. La contenzione fisica e le persone anziane: Conoscenze, atteggiamenti e sentimenti degli infermieri e modalità di utilizzo. . Ottobre 2007.
22. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(6):627-633.
23. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(1):90-96.
24. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1998;53(1):M47-52.
25. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical restraint in acute and residential care. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 2002;5(2):88-225.
26. Myonghwa Park PhD R, Jane Hsiao-Chen Tang PhD, RN. Evidence-based guideline: Changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs.* 2007;33(2):9.
27. Michael C, Rhonda N, Leon F, Andrew R, Sue K. Contenzione fisica : L'uso nei reparti per acuti e residenziali. *Best Practice.* 2002(04/08/2015).
28. Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. review of the evidence. *Can Fam Physician.* 1996;42:2402-2409.
29. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: Gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, Science and the Law.* 2012;52(3):137-142.
30. Poli N, Rossetti A. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi.* 2001;4:58-67.

31. Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. *Centro Studi EBN*. 2008:1-13.
32. Michael C, Rhonda N, Leon F, Andrew R, Sue K. Contenzione del paziente. *Best Practice*. 2002(03/09/2015).
33. HELLWIG K. Alternatives to restraints: What patients and caregivers should know. *Home Healthc Nurse*. 2000;18(6):395-402.
34. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Lamb S, Gates S, Cumming RG. . 2009.
35. Koczy P, Becker C, Rapp K, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. . 2011.
36. Ludwick R, O'Toole R, Meehan A. Restraints or alternatives: Safety work in care of older persons. *INT J OLDER PEOPLE NURS*. 2012;7(1):11-19.
37. Restraints Alternatives Guide. 2012(27/08/2015).
38. Quando serve la contenzione - Infermieri per la salute Available at: <http://www.infermieriperlasalute.it/guide/quando-serve-la-contenzione-id7.htm>. Accessed 10/08/2015, 2015.
39. La contenzione - Federazione IPASVI. Available at: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-contenzione-id7.htm>. Accessed 26/08/2015, 2015.
40. Brend M, Jackson D. Finding positive alternatives to physical restraint. *LEARN DISABIL PRACT* 2006 12;9(10):32-38.

41. Bryan-Brown CW. My first 50 years of critical care (1956-2006). *Am J Crit Care* 2007 Jan;16(1):12-16.
42. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(1):90-96.
43. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998 Jan;53(1):M47-52.
44. Cerne F. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) explains standards. *Hospitals* 1988 Jan 5;62(1):72.
45. Cester A. *Legare i vecchi*. : EdUP; 1995.
46. Ciotti V, Paroni P. *Procedura generale sanitaria - Gestione degli interventi contenitivi*. 07/06/2010(04/08/2015).
- 47 CNO. *Restraints. Practice Standard* 2009(07/08/2015).
48. Dodaro G. Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario. *Rivista Italiana di Medicina Legale* 2011;6.
49. Dube AH, Mitchell EK. Accidental strangulation from vest restraints. *JAMA* 1986;256(19):2725-2726.
50. Ermellina Z, Silvio C. *Usò dei mezzi di contenzione fisica* Available at: http://www.grg-bs.it/letteratura/documenti_mezzi-contenzione.htm. Accessed 10/08/2015, 2015.

51. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007 Oct;191:298-303.
52. Gatens C. Restraints and Alternatives. *ARN Network* Novembre 2007.
53. Hamers FJ. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2005;38(1):19-25.
54. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2013 Mar;(211)(211):1-945.
55. Veterani B, Urbini D, Carfagna M, Aguzzoni N. Prove di efficacia sulla contenzione fisica nella riduzione delle cadute in ospedale. *Centro Studi EBN* 2002(04/08/2015).
56. Werner P, Koroknay V, Braun J, Cohen-Mansfield J. Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(3):321-325.
57. Zagari A. La contenzione fisica del malato: aspetti giuridici. *IO INFERMIERE* 2006;2.
58. Presidenza del Consiglio dei Ministri. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA - La contenzione problemi bioetici. 2015; Available at: http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/Lacontenzioneproblemibioetici.pdf. Accessed 20/07/2015, 2015.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – Studi inclusi nella revisione

| Autore, Anno di pubblicazione, Paese | Titolo | Banca dati | Disegno di studio | Rivista | Campione | Risultati/Conclusioni |
|---|---|----------------|--|-------------------------------|---------------|--|
| Ermellina Zanetti, Anna Castaldo, Rosalba Miceli, Miriam Magri, Luigi Mariani, Monica Gazzola, Paola Gobbi, Giorgio Carniel, Nicola Capodiferro, Giovanni Mutillo, 2012, Italia | <i>L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza</i> | Google Scholar | Tipo osservazionale <i>cross-sectional</i> | Scienze infermieristiche | 9498 pazienti | Nel periodo di rilevazione risultavano sottoposti a contenzione fisica il 15,8% dei degenti nelle diverse unità operative ospedaliere e il 68,7% dei residenti nelle RSA. La prevenzione delle cadute, da sola o associata ad altre motivazioni, era indicata come causa della contenzione nel 70% dei casi in ospedale e nel 74,8% dei casi nelle RSA. Le spondine al letto erano il presidio più utilizzato (rispettivamente il 75,2% e il 60% dei mezzi di contenzione usati in ospedali e RSA). |
| Pietro Dri, Nicoletta Scarpa, Gennaio 2012, Italia | <i>La contenzione fisica</i> | Google Scholar | Revisione sistematica | Quesiti clinico-assistenziali | 12 articoli | La contenzione viene anche spesso utilizzata per motivi organizzativi del reparto: se il soggetto è contenuto non ha bisogno di sorveglianza e il personale può dedicarsi ad altre attività, si evita di disturbare gli altri ricoverati (i soggetti che vagano importunano gli altri) ed è più semplice somministrare la terapia farmacologica o evitare che il paziente rimuova dispositivi quali sondini o cateteri. L'unica ragione che può giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente. La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine. |
| Petra Koczy, Dr | <i>Effectiveness of a</i> | PubMed | Studio | / | 333 pazienti | La probabilità di essere costretto nel |

| | | | | | | |
|---|--|----------------|----------------------------|---|----------|--|
| Clemens Becker, Dr PD, Kilian Rapp, Dr Thomas Klie, Dr Denis Beische, Gisela Buchele, w Andrea Kleiner, Virginia Guerra, Ulrich Rimann, Susan Kurrle, Dr Doris Bredthauer, 2011, Germania | <i>Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents</i> | | randomizzato – controllato | | | gruppo di intervento (IG) è stato più del doppio che nel gruppo di controllo (CG). Alla fine dello studio (odds ratio 2.16, 95% l'intervallo di fiducia 1.05-4.46). Una parziale riduzione dell'uso di contenzione era anche circa due volte più spesso usata nel IG che nel CG. Nessun effetto negativo è stato osservato per quanto riguarda farmaci o sintomi comportamentali. La percentuale di persone che cadono era più alta nel IG. |
| Ruth Ludwick, Richard O'Toole, Anita Meehan, 2010, USA | <i>Restraints or alternatives: safety work in care of older persons</i> | Cinahal | Revisione sistematica | International Journal of Older People Nursing | 34 studi | Utilizzando i dati che descrivono la complessità di avvio del procedimento, il mantenimento, o la sospensione delle restrizioni, abbiamo trovato la densità di questi processi e mostrato come infermiere prende le decisioni circa la moderazione del loro uso. I compiti svolti per proteggere i pazienti, la sicurezza di una persona spesso coinvolte per utilizzare le restrizioni o le loro alternative. Questi compiti poi hanno messo in moto una cascata di altri tipi di attività o di lavoro, ad esempio, diagnostica, il comfort, l'articolazione. |
| Giovanna Casciarri, 2007, Italia | <i>Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente</i> | Google Scholar | Revisione sistematica | Professione infermiere | 13 studi | In buona sostanza si può riassumere affermando che, per la clinica come per la giurisprudenza, la contenzione di per sé non va esaltata né demonizzata, essendo compresa tra gli atti medici cui è possibile ricorrere se necessario. La condizione da cui non si può prescindere perché tale pratica sia da considerare un atto accettabile si basa sulla corretta prescrizione e sulla altrettanto corretta applicazione. È necessario che gli |

| | | | | | | |
|--|--|------------------|-----------------------|----------------------------|----------|--|
| | | | | | | operatori siano consapevoli del carattere di estrema necessità o di urgenza che tale atto assume, e che il ricorrervi presuppone che prima si siano tentati, per il tempo necessario alla risoluzione del problema specifico, trattamenti consoni e più usuali, ma che non abbiano ottenuto l'effetto sperato. |
| Cadeyrn J. Gaskin, Stephen J. Elsom, Brenda Happell, 2007, Inghilterra | <i>Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities</i> | Cochrane Library | Revisione sistematica | | 16 studi | Il personale sanitario in genere utilizza interventi multipli, tra cui supporto a livello statale, politica statale e la modificazione del regolamento, la leadership, esami di pratici, l'integrazione del personale, un piano di Miglioramento, numero del personale maggiore rispetto i pazienti, il monitoraggio degli episodi di isolamento, squadre per interventi di emergenza psichiatrica, formazione del personale, il monitoraggio delle pazienti, interventi farmacologici, il trattamento di pazienti come partecipanti attivi, interventi di riduzione della reclusione, cambiare l'ambiente terapeutico, modificare la struttura dell'ambiente, l'adozione di un impianto di messa a fuoco e una migliore sicurezza e un miglior benessere dei pazienti . |
| Ermellina Zanetti, Anna Castaldo, Paola Gobbi, 2009, Italia | <i>Superare la contenzione: si può fare</i> | Google Scholar | Revisione sistematica | I quaderni dell'infermiere | 66 studi | La pratica della contenzione fisica in geriatria non è che la punta di un iceberg nella cui restante parte sommersa si celano i diritti negati agli anziani, residenti in istituzioni più orientate a custodire che a promuovere autosufficienza e qualità di vita, o accolti nei servizi ospedalieri la cui organizzazione li definisce, spesso a torto, <i>ricoveri inappropriati</i> . Oggi in Italia gli anziani ricoverati per un evento acuto rappresentano il 40% di tutti i ricoverati, il |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------|-----------------------|---------------|---------|--|
| | | | | | | 60% dei ricoverati nelle unità di medicina e il 25% di quelli nelle unità chirurgiche. La riduzione del numero degli anziani sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione, grazie all'uso di metodi alternativi, possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli anziani, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure. |
| David Evans, Jackie Wood e Leonnie Lambert, 2002, Nuova Zelanda, Australia, Hong Kong | <i>Contenzione del paziente</i> | EBN Guidelines | Revisione sistematica | Best Practice | 3 studi | Questa revisione ha rilevato che veniva sottoposto a contenzione fisica dal 3,4 al 21% (in media il 10%) dei soggetti ricoverati nei reparti per acuti. La durata media della contenzione variava da 2,7 a 4,5 giorni. In una struttura residenziale la percentuale di soggetti sottoposti a contenzione variava invece dal 12 al 47% (in media 27%). Uno studio ha riportato che la durata media della contenzione per gli ospiti delle strutture residenziali era di 86,5 giorni. La durata, valutata a un anno di follow up, variava da 1 a 350 giorni e il 32% dei soggetti era sottoposto a contenzione per almeno 20 giorni ogni mese. Questi risultati hanno messo in luce che un'alta percentuale di soggetti era sottoposta a contenzione (sia nei reparti per acuti sia nelle strutture residenziali) e che questa pratica era più frequente nelle strutture residenziali. I dispositivi di contenzione fisica usati nei reparti per acuti erano molto diversi da quelli usati nelle strutture residenziali. I 3 tipi di dispositivi più usati nei reparti per acuti erano quelli da applicare ai polsi, alla vita e al torace. Nelle strutture residenziali |

| | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------------|-----------------------|---------|--|
| | | | | | | invece erano quelli da applicare alla vita e al torace (una sorta di corsetto). Queste differenze sono emerse in tutti gli studi. Non c'è accordo su come dovrebbe essere usata la contenzione e mancano prove per stabilire una pratica standard. |
| Karen Hellwing, 2000, USA | <i>Alternatives to Restraints: Patients and Caregivers Should Know</i> | Scopus | Revisione sistematica | Home Healthcare Nurse | 9 studi | I pazienti hanno il diritto di essere liberi da vincoli e trattati con rispetto e dignità in un ambiente sicuro. Ricordate che l'utilizzo di un sistema di ritenuta non è la unica opzione. Le nostre controparti britanniche consentono la libertà al paziente entro limiti di sicurezza, fornire una tazza di tè caldo o altre bevande quando l'insonnia si verifica, o semplicemente ascoltare con comprensione un paziente. Potremmo imparare da questo praticare e insegnare alle famiglie e agli operatori sanitari un po' di queste strategie per la riduzione dello stress. Stabilire la filosofia e gli obiettivi sui problemi di ritenuta contribuirà a creare politiche, procedure e protocolli per fornire una guida a personale e proteggere l'agenzia dalla responsabilità. Migliorare istruzione, formazione, valutazione, e capacità di comunicazione per tutte le persone coinvolte nella cura dei pazienti che necessitano di moderazione, riduce l'incidenza e l'effetto negativo di contenzione. |
| Christofer Frank, Geoffrey Hodgetts, John Puxty, 1996, Canada | <i>Safety and efficacy of physical restraints for the elderly</i> | PubMed | Revisione sistematica | | 8 studi | Anche se le evidenze attuali non supportano la convinzione che le restrizioni contro le cadute, le lesioni e le domande sulla loro sicurezza, ulteriori studi prospettici e controllati sono necessari per chiarire questi aspetti. Da |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | revisioni e articoli di ricerca sono state trovate molte informazioni. È stato sintetizzato in questo articolo la produzione di linee guida per l'uso sicuro e razionale dei sistemi di ritenuta. |
|--|--|--|--|--|--|---|